

# Roczny kwestionariusz stanu zdrowia pacjenta

Państwa odpowiedzi dostarczą Nam wartościowych informacji, które pomogą Nam w ulepszeniu naszej opieki zdrowotnej nad pacjentem.

Data Dzisiejsza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

Data Urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Czy w Pana/Pani otoczeniu jest ktoś, kto w razie potrzeby udzieli Panu/Pani wsparcia, pomocy? (na przykład jeżeli czuje się Pan/Pani poddenerwowana, samotna, albo Pan/Pani zachoruje obłożnie i zmuszony/a jest do pozostania w łóżku, czy może Pan/Pani liczyć na czyjąś pomoc w domowych obowiązkach lub opiekę nad Panem/Panią)

- Tak, zawsze gdy potrzebuje  
 Czasami  
 Nie, wcale

2. Jak często ma Pan/Pani problem z zażywaniem leków zgodnie z zaleceniami lekarza?

- Nie przestrzegam zaleceń lekarza  
 Czasami zgodnie z zaleceniami lekarza  
 Zawsze według zaleceń lekarza  
 Nie przyjmuje żadnych leków

3. Czy jest Pan/Pani w stanie samodzielnie dokonać zakupów?

- Tak  
 Nie

4. Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w codziennym życiu, na przykład w jedzeniu, utrzymywaniu higieny osobistej, korzystaniu z toalety, ubieraniu się, czy poruszaniu się po domu?

- Tak  
 Nie

5. Czy jest Pan/Pani w stanie przygotować posiłki dla siebie?

- Tak  
 Nie

6. Czy ma Pan/Pani sporządzony testament, rozporządzenie na temat reanimacji w razie zatrzymania pracy serca, wytyczne działania (rozporządzania) w wypadku konieczności podejmowania decyzji w Pana/Pani imieniu, kiedy jest Pan/Pani medycznie do tego niezdolny/a?

- Tak  
 Nie, ale chciałbym/chciałabym tę sprawę przedyskutować z lekarzem

7. Jak często ból przeszkadza lub uniemożliwia Pana/Pani codzienne życie?

- Cały czas  
 Codziennie  
 Nie każdego dnia  
 Wcale nie  
 Nie odczuwam żadnego bólu

8. Czy pali Pan/Pani papierosy?

- Nie  
 Tak, ale chciałbym/chciałabym przestać palić  
 Tak, i nie zamierzam jeszcze przestać

***Proszę ciąg dalszy na odwrocie →***

9. W ciągu ostatnich czterech tygodni, wypilem/wypilałam:

- 10 lub więcej drinków w tygodniu
- 6-9 drinków w tygodniu
- 2-5 drinków w tygodniu
- 1 drink w tygodniu
- Nie piłem/piłam alkoholu

10. Czy w ciągu ostatniego roku Pan/Pani upadł/upadła?

- Nie
- Tak, ale bez żadnych obrażeń
- Tak, z obrażeniami ciała

11. Czy obawia się Pan/Pani że straci równowagę i upadnie?

- Tak
- Nie

12. W ciągu ostatnich *czterech tygodni* miałem/miałam następujące objawy:

- Zawroty głowy i omdlenia
- Zmęczenie/przemęczenie
- Problemy seksualne
- Problemy z jedzeniem
- Problemy z protezą szczęki
- Problemy finansowe
- Żadne z wyżej wymienionych problemów

13. W ciągu ostatnich *czterech tygodni*, jak często odczuwał/a Pan/Pani niepokój, depresję, ciągłe zdenerwowanie, rozdrażnienie, smutek, przygnębienie?

- Nigdy
- Czasami
- Często
- Ciągłe/codziennie

14. W ciągu ostatnich *czterech tygodni* w jakim stopniu Pana/Pani zdrowie fizyczne i emocjonalne ograniczało Pana/Pani aktywność życiową z rodziną, w kontaktach z przyjaciółmi lub sąsiadami?

- W ogóle
- Trochę
- Dosyć dużo
- Cały czas

15. Czy zaszczepił/a się Pan/Pani przeciwko grypie w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- Tak \_\_\_\_\_ (proszę podać datę)
- Nie

16. Czy był Pan/Pani zaszczepiony/a przeciwko zapaleniu płuc?

- Tak \_\_\_\_\_ (proszę podać datę)
- Nie

17. To pytanie dotyczy pacjentów pomiędzy 50-75 rokiem życia. Czy przechodził/a Pan/Pani badanie przesiewowe raka jelita grubego (Colorectal Cancer Screening)?

- Kolonoskopie w ciągu ostatnich 9 lat
- Stolec testowany na obecność krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy
- CT colonography w ciągu ostatnich 4 lat
- Cologuard stool test w ciągu ostatnich 2 lat
- Nie miałem/miałam przeprowadzanych żadnych z tych badań

**Proszę ciąg dalszy na odwrocie →**

**18. To pytanie dotyczy kobiet w wieku pomiędzy 50-74 lata. Czy miała Pani mammografię piersi w ciągu ostatnich 24 miesięcy?**

- Tak \_\_\_\_\_ (proszę podać datę)
- Nie, ale mam wyznaczoną wizytę
- Nie, nie planuję mieć tego badania

**19. Jak pewny/a jest Pan/Pani, że jest w stanie kontrolować i poradzić sobie z problemami zdrowotnymi?**

- Nie bardzo pewny/a
- Średnio pewny/a
- Bardzo pewny/a
- Nie mam żadnych problemów medycznych

**20. Jak ocenia Pan/Pani swoje zdrowie (samopoczucie pod względem medycznym) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

- Niepewne, złe
- Zadowolające
- Dobre
- Bardzo dobre
- Doskonałe

Proszę podać nazwiska, adresy i numery telefonów wszystkich lekarzy i personelu medycznego pod którego opieką się Pan/Pani znajduje:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dziękujemy za wypełnienie tego kwestionariusza.

Jeżeli chce Pan/Pan przedyskutować jakiegokolwiek inne problemy lub sprawy prosimy wymienić je poniżej:

---

---

---

---

---

---

---

---

## SAMOOCENIAJĄCY TEST RYZYKA UPADKU

(FALL SELF-ASSESSMENT TOOL)

Każdego dnia co 20 minut starsza osoba umiera z powodu obrażeń spowodowanych upadkiem. Upadki są częstym problemem, którego można uniknąć. Proszę wypełnić ten samooceniający test, który pomoże Panu/Pani zidentyfikować okoliczności, w których zwiększone jest ryzyko upadku. Proszę przedyskutować wszystkie „TAK” odpowiedzi z lekarzem lub personelem medycznym. Proszę wziąć ze sobą broszurkę objaśniająca kroki, które można podjąć w Pana/Pani domu by zmniejszyć ryzyko upadku.

<b>CZYNNIK RYZYKA UPADKU</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>CO MOŻNA ZROBIĆ ABY ZAPOBIEC UPADKOM</b>
Upadłem/upadłam w ciągu ostatnich 12 miesięcy			Osoby które upadły raz, mają zwiększone ryzyko następnego upadku
Używam lub zalecono mi używanie laski lub chodzika			Jeżeli zalecono Panu/Pani używanie laski lub chodzika, powinien/powinna Pan/Pani ich używać ponieważ ma Pan/Pani zwiększone ryzyko upadku.
Czuję się pewniejszy/pewniejsza kiedy przytrzymuje się mebli w trakcie poruszania się po domu			Niestabilność lub potrzeba podparcia w trakcie chodzenia są znakiem słabego balansu (brak równowagi). Program ćwiczeń może przynieść korzyści. Proszę poruszyć ten temat w rozmowie z Pana/Pani lekarzem lub personelem medycznym
Muszę używać rąk odpychając się od krzesła żeby pomóc sobie ze wstawaniem			
Mam problem z chodzeniem po schodach (wchodzeniem i schodzeniem)			
Martwię się że mogę upaść			Osoby które martwią się że mogą upaść mają większą szansę upadku (przewrócenia się)
Często muszę spieszyć się żeby skorzystać z toalety			Pośpiech do skorzystania z łazienki, szczególnie w nocy, zwiększa szansę upadku
Straciłem/straciłam częściowe czucie w moich stopach			Zmniejszone czucie lub utrata czucia w stopach może spowodować potknięcia i zwiększyć ryzyko upadku
Zażywam lekarstwa które czasami powodują że czuję zachwiania równowagi lub omdlenie, lub czuję się bardziej zmęczony/a niż zwykle			Skutki uboczne pewnych leków mogą czasami zwiększyć ryzyko upadków. Proszę porozmawiać z personelem medycznym, jeżeli ma Pan/Pani problemy związane z lekami które Pan/Pani zażywa lub jeżeli ma Pan/Pani problem z zażywaniem przepisanych leków zgodnie z zaleceniami lekarza
Zażywam lekarstwa które mają pomóc mi spać lub poprawić moje samopoczucie mentalne			Tego typu leki mogą czasami podwyższyć Pana/Pani ryzyko upadku. Proszę przedyskutować wszystkie leki które Pan/Pani zażywa przynajmniej raz do roku ze swoim lekarzem
Często czuję się smutny/a lub zdepresowany/a			Symptomy depresji, takie jak złe samopoczucie albo poczucie spowolnienia, są związane z wyższym ryzykiem upadku

## ANKIETA SAMOPOCZUCIA PACJENTA

(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE PHQ-9)

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często masz problem z jednym z następujących problemów? Proszę zaznaczyć odpowiedni numer.

	Wcale nie	Kilka dni	Więcej niż połowe dni	Prawie codziennie
Małe zainteresowanie lub przyjemność w robieniu rzeczy	0	1	2	3
Poczucie przygnębienia, depresji lub beznadziejności	0	1	2	3
Kłopoty z zasypianiem, lub spaniem zbyt wiele	0	1	2	3
Czuję się zmęczony i mam mało energii	0	1	2	3
Brak apetytu lub przejadanie się	0	1	2	3
Czuje się źle o sobie – lub że jestem niepowodzeniem i zawiodłeś/zawiodłaś siebie lub swoją rodzinę	0	1	2	3
Kłopoty z koncentracją na rzeczach, takich jak czytanie gazety lub oglądanie telewizji	0	1	2	3
Poruszając się lub mówiąc tak powoli, że inni zauważyli. LUB być tak nerwowy lub niespokojny, że poruszasz się znacznie częściej niż zwykle.	0	1	2	3
Mysząc o zranieniu siebie lub że lepiej było by umrzeć.	0	1	2	3

Total: \_\_\_\_\_

**Jeśli zaznaczyłeś/zaznaczyłaś jakieś problemy, jak trudne są te problemy, abyś wykonał/a swoją pracę, zadbał/a o rzeczy w domu lub poznał/a innych ludzi?**

- Wcale nie są trudne
- Są trochę trudne
- Jest trudno
- Są bardzo trudne

## KWESTIONARIUSZ BADANIA SŁUCHU

Odpowiedz „TAK” lub „NIE” na każde pytanie, zakreśl właściwe dla siebie odpowiedzi.

	TAK	NIE
Czy masz problem z usłyszeniem osoby, która rozmawia z tobą przez telefon?		
Czy masz problem z podążaniem za rozmową, gdy dwie lub więcej osób mówi jednocześnie?		
Czy ludzie narzekają, że zbyt głośno oglądasz telewizję?		
Czy musisz starać się zrozumieć rozmowę?		
Czy masz problem ze słyszeniem, kiedy w tle ma miejsce hałas?		
Czy często prosisz ludzi, aby powtórzyli co powiedzieli?		
Czy wielu ludzi, z którymi rozmawiasz, wydaje się bełkotać lub mówić niewyraźnie?		
Czy źle rozumiesz, co mówią inni i reagujesz niewłaściwie? (Np., ktoś pyta jaki jest dziś dzień a odpowiadasz jaka jest godzina)		
Czy masz problemy ze zrozumieniem mowy kobiet i dzieci?		
Czy ludzie denerwują się, kiedy Ty nie rozumiesz tego co mówią ?		

Ankieta przeznaczona jest dla osób dorosłych którzy piją alkohol. Na poniższe pytania prosimy odpowiedzieć „TAK” lub „NIE”. Twoja odpowiedź może wskazać, że musisz omówić ten problem z lekarzem.

	TAK	NIE
Czy rozmawiając z innymi, potrafisz rzetelnie odpowiedzieć ile faktycznie pijesz?		
Po wypiciu kilku drinków, nie masz ochoty na jedzenie, pominąłeś/pominęłaś posiłek, ponieważ nie czujesz/czułaś się głodny/a?		
Czy wypicie kilku drinków pomaga zmniejszyć uczucie trzęsienia lub drżenia?		
Czy alkohol czasami powoduje luki w pamięci?		
Czy zazwyczaj wypijesz drinka, aby się zrelaksować lub uspokoić nerwy?		
Czy pijesz, aby oderwać myśli (zapomnieć) o swoich problemach?		
Czy kiedykolwiek zwiększyłeś/zwiększyłaś swoje picie po doświadczeniu utraty kogoś bliskiego?		
Czy lekarz lub pielęgniarz kiedykolwiek rozmawiał z Tobą na temat nadużywania alkoholu lub tym, że martwią się lub niepokoją o Twój problem?		
Czy kiedykolwiek próbowałeś/próbowałaś zmienić swoje nawyki w picciu alkoholu ?		
Kiedy czujesz się samotny/a, czy wypicie drinka pomaga?		

**Punktacja: Jeśli masz dwie lub więcej odpowiedzi na „TAK”, oznacza to, że masz problem alkoholowy. Proponujemy omówić to z lekarzem.**

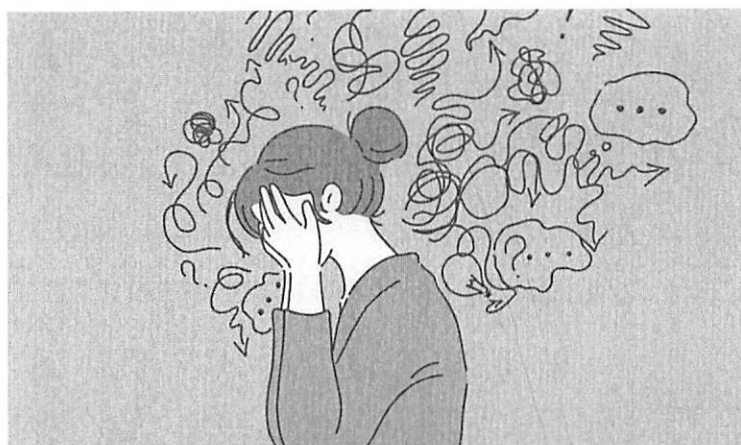
## ANKIETA NIEPOKOJU

(Anxiety Questionnaire)

W ciągu ostatnich 2 tygodni, jak często borykałeś się z poniższymi problemami?

	Nigdy	Parę dni	Więcej niż połowe dni	Każdego dnia
Nerwowość, uczucie niepokoju lub bycia na krawędzi	0	1	2	3
Niemożliwość zastopowania uczucia zamartwiania się	0	1	2	3
Zbyt duże zamartwianie się o różne rzeczy	0	1	2	3
Kłopoty z odprężeniem się	0	1	2	3
Bycie tak niespokojnym, że trudno spokojnie usiedzieć w miejscu	0	1	2	3
Łatwo się denerwowałem/am lub irytowałem/am	0	1	2	3
Boję się, że zdarzy się coś okropnego	0	1	2	3

Total: \_\_\_\_\_





**1. Jaka jest Twoja sytuacja mieszkaniowa?**

- Nie mam mieszkania (przebywam z innymi, w hotelu, schronisku, mieszkam na ulicy, na plaży, w opiece, opuszczonym budynku, na dworcu autobusowym lub kolejowym, w parku)
- Mam dziś mieszkanie, ale obawiam się, że w przyszłości go stracę
- Mam mieszkanie

**2. Pomyśl o miejscu, w którym mieszkasz. Czy masz jakieś problemy z którymkolwiek z poniższych? (zaznacz wszystkie pasujące)**

- Robaki
- Pleśń
- Farba ołowiowa lub rury
- Niedostateczne ciepło
- Niedziałająca kuchenka
- Brak lub nie działają czujniki dymu
- Wycieki wody
- Żadne z powyższych

**3. W ciągu ostatnich 12 miesięcy martwiłeś/aś się, że skończy Ci się żywność, zanim zdobędziesz pieniądze na kolejne zakupy.**

- Często
- Czasami
- Nigdy

**4. W ciągu ostatnich 12 miesięcy zabrakło Ci jedzenia i nie miałeś pieniędzy żeby je kupić.**

- Często
- Czasami
- Nigdy

**5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy brak transportu powstrzymał Cię przed wizytami lekarskimi, spotkaniami, pracą lub na zakupy? (zaznacz wszystkie pasujące)**

- Tak, powstrzymało mnie to przed wizytami lekarskimi i otrzymywaniem leków
- Tak, powstrzymało mnie to przed spotkaniami niezwiązanymi z medycyną, wizytami, pracą lub dostawaniem rzeczy, których potrzebowałem/am
- Nie

**6. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy firma elektryczna, gazowa, wodociągowa i wodna groziła wyłączeniem usług w Twoim domu?**

- Tak
- Nie
- Już odcięto usługi

7. **Jak często ktoś, w tym rodzina, fizycznie Cię skrzywdzi?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

8. **Jak często ktoś, w tym rodzina, obraża Cię lub dyskutuje z Tobą?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

9. **Jak często ktoś, łącznie z rodziną, groził Ci krzywdą?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

10. **Jak często ktoś, łącznie z rodziną, krzyczy lub przeklina cię?**

- Nigdy
- Rzadko
- Czasami
- Dość często
- Często

11. **Czy potrzebujesz pomocy?**

- Tak
- Nie

# Kwestionariusz bólu

## (Pain questionnaire)

Imię:

Data:

Data urodzenia:

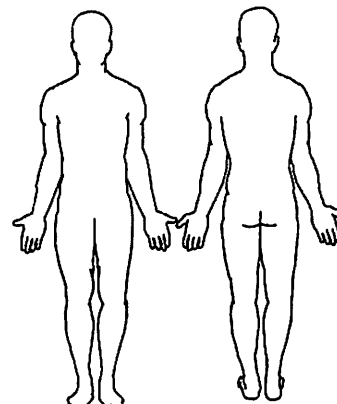
1. Proszę opisać swój ból lub zaznaczyć na obrazku gdzie Pana/Panią boli.

---

---

1. Zakreśl w kółeczko słowa które najlepiej opisują Twój ból.

Bolący	Ostry	Przeszywający
Pulsujący	Delikatny	Dokuczliwy
Strzelający	Palący	Odrętwiały
Kłujący	Wyczerpujący	Nieszczęśliwy
Gryzący	Męczący	Nie do zniesienia



2. Czy twój ból pojawia się **sporadycznie, często**, czy jest **stały** (zakreśl jedno w kółeczko)

3. Ocen swój ból, zakreślając liczbę, która najlepiej opisuje Twój ból w **danym momencie**.

Nie ma bólu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ból nie do wytrzymania

4. Co sprawia że ból jest **lepszy**? \_\_\_\_\_

Co sprawia że ból jest **gorszy**? \_\_\_\_\_

5. Jakie leczenie lub leki bierzesz na ból? \_\_\_\_\_

6. Co łagodzi ból: zakreśl słowo lub słowa.

Zimno     Ciepło     Ćwiczenia     Jedzenie     Opioidy     Leki nieopiodowe  
 Zioła     Masaż     Relaksacja     Odpoczynek     Zmiana pozycji     Odwrócenie uwagi  
 Inne: \_\_\_\_\_

7. Ocen wpływ bólu w ciągu ostatnich 24 godzin:

0 (brak efektu)     2 (łagodny efekt)     5 (umiarkowany efekt)     10 (silny efekt)

8. Towarzyszące objawy do bólu:

Nudności     Zaburzenia snu     Zmiana apetytu     Słaba aktywność fizyczna     Koncentracja  
 Zmiana nastroju lub zachowania     Relacje z innymi     Inne : \_\_\_\_\_

9. Czy w ostatnich 24 godzinach leki lub zabiegi załagodziły ból?

Brak ulgi     Łagodna ulga     Umiarkowana ulga     Ulga     Całkowita ulga

**Dla lekarza:**

Nie jest wymagany plan działania

Plan działania:

Skierowanie do Pain management

Skierowanie do PT, OT, ST

Przepisane leki

Non-med. Interwencja / rozmowa